

Envíe la copia llena por correo o fax a:
 Department of Labor and Industry
 Workers' Compensation Division
 PO Box 64221
 St. Paul, MN 55164-0221
 (651) 284-5032 or 1-800-342-5354
 Fax: (651) 284-5731

Informe de Consulta De Rehabilitación (Rehabilitation Consultation Report-Spanish version)



Escriba con tinta, usando letra de molde, o con máquina de escribir.
 Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

NO USE ESTE ESPACIO

1. Número de seguro social O WID		2. Fecha de la lesión		
3. Nombre del empleado				
4. Dirección del empleado				
Ciudad	Estado	Código postal	5. Teléfono del empleado	
6. Nombre del empleador			7. Persona de contacto del empleador	8. Teléfono
9. Número de reclamación del asegurador			14. Nombre del QRC	
10. Asegurador/auto - asegurador /administrador			15. Nombre de la firma del QRC	
11. Dirección del asegurador			16. Dirección del QRC	
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado Código postal
12. Representante de reclamaciones	13. Teléfono del representante		17. No. del QRC	18. No. de la firma del QRC
			19. Teléfono del QRC	
20. En mi opinión, el empleado está permanentemente inhabilitado o presenta indicios de que está permanentemente inhabilitado para laborar en su ocupación usual y acostumbrada o para regresar al trabajo que tenía antes de la lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
21. En mi opinión, razonablemente se espera que el empleado regrese a un trabajo remunerable y apropiado con el empleador con quien trabajaba antes de la lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
22. En mi opinión razonablemente se espera que el empleado regrese a un trabajo remunerable y apropiado mediante los servicios de rehabilitación, considerando el informe de habilidad para trabajar del médico que lo atiende. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
23. He consultado con el empleador con quien trabajaba el empleado antes de su lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
24. Marque el cuadro A, B o C como corresponda:				
<input type="checkbox"/> A. En mi opinión, el empleado es un "empleado cualificado" y es elegible para recibir servicios de rehabilitación de acuerdo a Minn. Rules 5220.0100, subp. 22.				
<input type="checkbox"/> B. En mi opinión, el empleado no es un empleado cualificado y "no es" elegible para recibir servicios de rehabilitación de acuerdo a Minn. Rules 5220.0100, subp. 22.				
<input type="checkbox"/> C. Las partes me han comunicado su interés en comenzar los servicios de rehabilitación indicados bajo la ley.				
ADJUNTE EL REPORTE NARRATIVO EXPLICANDO LAS BASES PARA SU OPINIÓN				
25. Fecha de la primera entrevista telefónica o en persona		Firma del QRC o del Supervisor del QRC (de ser aplicable)		Firma del Practicante a QRC (de ser aplicable)

QRC: Ésta forma, junto con un reporte en forma narrativa y la forma Derechos de Rehabilitación y Responsabilidades del Trabajador Lesionado, deberán ser recibidas por el Departamento del Trabajo y la Industria dentro de 14 días a partir de la fecha indicada en la casilla 25 (fecha de la primera entrevista telefónica o en persona) (Minn. Rule 5220.0130). Si el empleado califica para recibir servicios de rehabilitación, se deberá desarrollar y someter ante las partes un Plan de Rehabilitación (R-2) dentro de 30 días de la reunión inicial y presentarse al Departamento dentro de 45 días de la reunión inicial (Minn. Rule 5220.0410).

Empleado: Si no está de acuerdo con la información suministrada en este formulario o tiene preguntas acerca de la misma, comuníquese con el QRC y el asegurador para discutir cualquier preocupación que tenga. Si sus preocupaciones no se resuelven, puede llamar al Departamento al teléfono (651) 284-5032 o al 1-800-342-5354, o solicitar una determinación presentando una Solicitud de Rehabilitación ante el Departamento.

Este material está a su disposición en diferentes formas, tales como letra grande, Braille o audio. Para solicitarlo, llame al (651) 284-5032 o al 1-800-342-5354/Voz o TDD (651) 297-4198.

CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, RECIBA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DETRABAJADORES ACCIDENTADOS EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TENGA DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON MINN. RULE 609.52, SUBP. 3.